

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

147

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

JARDET Pierre

Né à Billy (Allier) le 24 Novembre 1901

Notes sur une Epidémie locale de Paludisme
en Côte occidentale d'Afrique

Président : M. LEMIERRE, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1927

**NOTES SUR UNE ÉPIDÉMIE LOCALE
DE PALUDISME
EN
COTE OCCIDENTALE D'AFRIQUE**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

JARDET Pierre

Né à Billy (Allier) le 24 Novembre 1901

Notes sur une Epidémie locale de Paludisme
en Côte occidentale d'Afrique

Président : M. LEMIERRE, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1927



LE DOYEN : M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Anatomie médico-chirurgicale	NICOLAS.
Physiologie	CUNÉO.
Physique médicale	ROGER.
Chimie organique et chimie générale	STROHL.
Bactériologie	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	LEMIERRE.
Pathologie et thérapeutique générales	BRUMPT.
Pathologie médicale	Marcel LABBÉ.
Pathologie chirurgicale	SICARD.
Anatomie pathologique	LECÈNE.
Histologie	ROUSSY.
Pharmacologie et matière médicale	PRENANT.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène	CARNOT.
Médecine légale	Léon BERNARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	MÉNÉTRIER.
	RATHERY.
Clinique médicale	GILBERT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	JEANSELME.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.]
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.]
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.
	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI Pathologie médicale.
 AUBERTIN..... Pathologie médicale.
 BASSET..... Pathologie chirurgicale
 BAUDOUIN Pathologie médicale.
 BINET..... Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BRULÉ..... Pathologie médicale.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY..... Histologie.
 CHIRAY..... Pathologie médicale.
 CLERC..... Pathologie médicale.
 DEBRE..... Hygiène.
 I. de JONG..... Anatomie pathologique.
 DUVOIR..... Médecine légale.
 ÉCALLE..... Obstétrique.
 FIESSINGER... Pathologie médicale.
 FOIX..... Pathologie médicale.
 GARNIER..... Pathologie expériment".
 HARVIER..... Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER. Urologie.

MM.

HOVELACQUE. Anatomie.
 JOYEUX..... Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE.... Oto-rhino-laryngologie.
 LEVY-SOLAL.. Obstétrique.
 LHERMITTE... Pathologie mentale.
 LIAN..... Pathologie médicale.
 MATHIEU..... Pathologie chirurgicale.
 METZGER..... Obstétrique.
 MONDOR..... Pathologie chirurgicale
 MOURE..... Pathologie chirurgicale.
 MULON..... Histologie.
 PHILIBERT... Bactériologie.
 RICHEL Fils... Physiologie.
 VAUDESCAL... Obstétrique.
 VERNE..... Histologie.
 VILLARET.... Pathologie médicale.
 VELTER Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GOUGEROT.... Pathologie médicale.
 GUÉNIOT Obstétrique.

MM.

RETTERER.... Histologie.
 TANON..... Pathologie médicale.

IV. AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

AUVRAY..... Clinique chirurgicale.
CHEVASSU..... Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. Clinique médicale.
LEREBoullet.. Clinique médicale in-
fantile.

MM.

LÉRI Clinique médicale.
LÉPER..... Clinique médicale.
PROUST..... Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.

V. CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.....	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLET-BERT.....	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Au Docteur Paul JARDET,

Mon Père et mon meilleur ami.

A mes Parents

A mes Amis

A M. le Professeur LEMIERE,

Professeur de Bactériologie à la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hôpital Bichat
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous faire l'hon-
neur de présider notre Thèse.
Hommages respectueux.*

A mes Maîtres dans les Hôpitaux,

M. le Professeur SERGENT.
M. le Professeur TEISSIER.
M. le Professeur SÉBILEAU.
M. le Professeur LEGUEU.
M. le Professeur GUILLAIN.
M. le Professeur CLAUDE.
M. le Docteur MAGITOT.
M. le Docteur ROBINEAU.
M. le Docteur DALCHÉ.
M. le Docteur BAUMGARTNER.
M. le Docteur LEVANT.
M. le Docteur HUDELO.

A l'Hospice des Quinze-Vingts :

M. le Docteur CHEVALLEREAU.
M. le Docteur CHAILLONS.
M. le Docteur D'AUTREVAUX.

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion d'observer une petite épidémie de paludisme sur la Côte Occidentale d'Afrique, au cours d'un voyage de quatre mois que nous y avons fait comme Médecin Sanitaire Maritime, nous avons pensé qu'il serait intéressant de rapporter les observations d'un certain nombre de cas qui nous semblent, à divers points de vue, présenter quelque intérêt et en tirer les déductions qu'elles comportent.

L'affection s'est, en effet, développée d'une façon épidémique, frappant un nombre appréciable de sujets dans un groupement jusqu'alors indemne de paludisme, et dont la contamination eut lieu le même jour, au même moment, ainsi que dans une véritable inoculation expérimentale globale.

Il s'ensuit que nous avons pu connaître, dans ces cas, la durée exacte de l'incubation.

Nous aurons à relater certains incidents survenus à la première période de la maladie et nous mentionnerons ensuite les conditions dans lesquelles nous avons été amenés à faire des essais de traitement par les composés arsenicaux, ainsi que les résultats de ces essais thérapeutiques.

Si cette modeste contribution à l'histoire du paludisme devait susciter quelques recherches ultérieures sur ce sujet, et faire progresser encore la connaissance de cette infection, nous en serions heureux, même si nos conclusions ne se trouvaient pas confirmées de tous points.

DIVISION

Notre travail comprendra trois parties : l'Histoire de la contamination, la description de divers symptômes qui ont précédé ou accompagné l'éclosion du paludisme, enfin les circonstances dans lesquelles fut employé le traitement par les arsenicaux, la technique suivie et les suites immédiates de la maladie ainsi traitée.

Il sera suivi d'un certain nombre d'observations de malades qui nous ont suggéré nos conclusions.

CHAPITRE PREMIER

CONTAMINATION

Dans tous les cas que nous relatons, l'infection fut si nette qu'il fut possible d'en préciser le jour, presque l'heure, et c'est là, croyons-nous, ce qui en fait l'intérêt.

Le 12 décembre 1926, le Vapeur « Amiral Ponty », des Chargeurs Réunis, quitte Douala (Cameroun) pour retourner en France. Depuis son départ de Bordeaux datant du 22 octobre, il a touché successivement onze ports de la côte, mais pas une seule fois il n'a mouillé à quai, et n'a eu aucun contact direct avec la terre. Le 16, avant le coucher du soleil, il s'amarre à quai, à Apapa (Lagos anglais), foyer endémique de paludisme; dès l'arrivée, l'autorité sanitaire anglaise fait savoir que la lagune est envahie de moustiques et qu'il a même été signalé pendant la semaine plusieurs cas de fièvre jaune et de peste à forme pneumonique dans la région environnante. Le 17 décembre dans l'après-midi, c'est-à-dire dix-huit heures au plus après l'accostage, départ pour les ports du Nord:

le vapeur resta alors 19 jours sans mouiller à quai de nouveau.

Pendant le séjour à Apapa, des mesures de précaution furent prises, mais ne se montrèrent que partiellement efficaces.

Si les officiers du bord, au nombre de treize en nous comptant, furent préservés, sauf un seul qui ne s'était pas conformé aux prescriptions (obs. N° 17) il n'en fut pas de même de l'équipage.

Il est en effet très difficile d'exiger des hommes, qui depuis deux mois vivent complètement à l'air, nuit et jour, sur le pont, de rester toute une nuit enfermés dans les postes où la température dépasse souvent 37 ou 38° sans que l'air soit activement renouvelé.

De la quinine fut bien distribuée, mais comment vaincre une prévention enracinée depuis longtemps chez certains marins, contre ce médicament qu'ils accusent de provoquer la surdité, d'abîmer l'estomac, d'y provoquer même des ulcères, et de faire gonfler le foie et la rate ?

A la date du 30 décembre, le journal médical de bord ne constate aucun cas de paludisme, le nombre moyen des malades est de 3 à 4 par jour. Brusquement, le 31 décembre au matin, après une nuit de mauvaise mer et de vent froid, plus de 20 hommes de l'équipage se présentent à la visite, pour troubles divers, quelques-uns seulement ont de la fièvre, les autres accusent soit des céphalées, soit des troubles gastriques, tous de l'asthénie à divers degrés, asthénie à prédominance lombaire; un seul se montre très affirmatif et pose lui-même son diagnostic (obs. N° 1); c'est un ancien paludéen qui a reconnu les

symptômes analogues à ceux de sa première atteinte. Dans la journée et surtout la soirée suivante, le nombre des malades croît d'une façon épidémique; le lendemain et les jours suivants, quelques cas datant déjà de plusieurs jours se présentent seuls.

Dès le 2 janvier, malgré l'absence d'examen de laboratoire, nous portons le diagnostic ferme de paludisme, Nous pouvons donc, dans le cas qui nous préoccupe, l'inoculation datant de la nuit du 16 au 17 décembre, nuit passée sur une lagune où le paludisme existe à l'état endémique, considérer l'incubation comme s'étant prolongée sur une période minimum de 14 jours et qui n'a jamais excédé 16 jours.

CHAPITRE II

ECLOSION DE LA MALADIE

Les signes révélés à l'interrogatoire tardif des malades et portant sur les prodromes immédiats de la crise sont intéressants à rapporter parce qu'ils concordent avec les remarques de leur entourage.

Les 24 à 48 heures précédant le premier signe de paludisme les malades ont eux-mêmes constatés des troubles divers, portant particulièrement sur le psychisme; presque tous se rapellent avoir présenté de l'irritabilité; d'autres ont éprouvé le besoin de s'isoler; chez la plupart d'entre eux l'activité intellectuelle se fixait sur une idée unique : le retour. Ajoutons à cela un état d'adynamie et de « fatigabilité » et nous comprendrons pourquoi : Entre officiers et hommes d'équipage, de nombreux démêlés marquèrent la dernière journée; fait qui ne s'était jamais produit auparavant.

Sans vouloir décrire la crise de première invasion de paludisme qualifiée par H. Paillard (Journal médical

français, décembre 1917) de paludisme primaire, signalons néanmoins un fait qui nous a frappé par sa fréquence. Presque tous les cas ont présenté au début un véritable aspect typhique (obs. N° 3 et 4) par les signes thermiques et l'abondance des signes gastro-intestinaux qui peuvent être une cause fréquente d'erreurs, quand le diagnostic de laboratoire n'est pas possible immédiatement. Dans les formes atténuées, au contraire, où le signe dominant est la céphalée, le jeune médecin non encore prévenu est exposé à porter le diagnostic de « coup de soleil » et même de « coup de bambou » si les symptômes sont intenses ou accompagnés de troubles psychiques allant parfois jusqu'au délire et presque toujours au subdélire, comme nous avons eu l'occasion de l'observer (obs. n°s 5, 8, 14, 20).

CHAPITRE III

TRAITEMENT

Ainsi que nous l'avons signalé au début, le traitement arsenical fut employé à côté du traitement par la quinine; ce n'est pas bénévolement mais plutôt pour soigner des malades se refusant au traitement quinique, soit qu'ils aient été antérieurement soignés par lui et en aient éprouvé des inconvénients sinon graves, du moins très gênants, et qui leur avait laissé dans l'esprit une prévention que le temps n'avait pas effacée ; soit qu'il s'agisse de sujets suggestionnés plus par une opinion populaire que par des désagréments personnels.

C'est dans ces conditions que nous nous sommes résolu à utiliser les composés arsenicaux comme l'ont fait antérieurement de nombreux médecins qui avaient employé dans les formes graves et surtout dans le paludisme pernicieux, ainsi que dans les réinfections, le sulfarsénol ou le novar èt en avaient obtenu d'excellents résultats.

Le composé arsenical employé : l'acide Oxyacetylaminophenylarsinique plus connu sous le nom de « Stovarsol », le fut par voie buccale. N'ayant sous la main aucun médicament plus actif et la liqueur de Fowler s'étant montrée un excellent adjuvant de la quinine mais un produit notoirement insuffisant pour l'attaque directe des hématozoaires.

D'une façon générale, les résultats obtenus furent satisfaisants dans la plupart des cas traités par cette méthode.

Ce médicament dont nous ne connaissions pas auparavant l'emploi dans les affections paludéennes, a été administré au début sans méthode :

Dose de 1 gramme par jour, dose d'attaque.

Bien supportées, elle fut poussée jusqu'à 1 gr. 50 ; presque toujours apparurent alors des accidents d'intolérance gastrique, peu graves mais impressionnants pour le malade et quelquefois pour le médecin : sang dans les selles, douleurs intestinales fulgurantes (obs. 19-21). Le traitement fut immédiatement ramené à 1 gramme, dose qui a semblé être le maximum que l'on puisse atteindre dans un traitement prolongé pendant quelques jours.

Les doses fractionnées ont donné d'excellents résultats comme traitement d'entretien.

Dans plusieurs observations, nous avons été frappé par le fait que des complications survenues au cours du paludisme et qui semblent lui être liées, sinon comme agent infectieux, du moins comme cause d'infection, telles que : eczéma, otite, ulcération (Obs. n^{os} 19, 24, 26) ont merveilleusement réagi au traitement par les arsenicaux.

La posologie qui a le mieux réussi dans l'administration des arsenicaux est inspirée de celle employée pour le chlorhydrate de quinine.

Nous avons toujours employé une dose de début élevée; un gramme par jour pendant 48 heures.

Dans certains cas, le traitement fut prolongé par des doses inférieures : 0,25.

Dans d'autres (Obs. n° 19), nous avons cessé l'emploi de toute médication 72 heures après la chute de la température et les crises thermiques ne se sont pas reproduites.

Il ne nous a pas été donné d'expérimenter l'efficacité de ce produit employé à titre préventif.

Sans vouloir interpréter ces faits, les observations étant trop peu nombreuses, nous tenions cependant à les signaler.

Nous n'irons pas non plus jusqu'à dire que le traitement arsenical suppléera un jour le traitement par la quinine, mais nous avons cru intéressant de mentionner les résultats obtenus.

Traitement par la quinine

Un fait qui frappe dans le traitement par la quinine, est que : presque toujours absorbée en comprimés, elle n'agit pour ainsi dire pas et donne naissance aux troubles gastriques qui ont été si amplifiés par la légende, et expliquent en partie la prévention de certains sujets à l'égard de cette médication.

Les accidents de surdité passagère si souvent signalés,

n'ont pas été mentionnés une seule fois pendant toute la durée d'un voyage de plusieurs mois.

Ayant personnellement constaté l'inconvénient qu'il y avait à donner de la quinine en comprimés (Obs. n^{os} 45) nous lui avons rapidement préféré la chlorydrate de quinine en poudre, sous forme de cachets, ou mieux, suivant la formule que nous a donné un vieux médecin colonial : en potion dans un sirop de sucre de canne ; sous cette forme, elle est absorbée sans dégoût, ni toux, ni constriction laryngée.

La posologie qui s'est montrée la meilleure, est celle préconisée par la plupart des auteurs : dose d'attaque élevée, voisine de 2 grammes par jour, continuée pendant une semaine environ, suivie de doses décroissantes durant un temps assez long.

Suite immédiate de la maladie

Qu'elle ait été traitée par l'arsenic ou par la quinine, la première attaque des hématozoaires sur l'organisme a dans la plupart des cas rétrocedé très rapidement, sans laisser de traces ultérieures.

Tous les symptômes constatés au début ou au cours des accès : mégalosplénie, hypertrophie hépatique, grosse vésicule biliaire, douleur au niveau du plexus solaire, accidents urinaires, légers ou graves (Obs. n^{os} 11, 16) ont diminué rapidement après quelques jours de traitement. Il est vrai que nous nous trouvions dans des circonstances particulières nous permettant de suivre les

malades avec beaucoup d'attention, et de les traiter d'une façon précoce, ce qui importe beaucoup.

Il est juste de mentionner aussi, que les conditions d'hygiène et de santé de l'équipage étaient très favorables; la plupart de ces marins étant des hommes jeunes, bien portants, sans tares héréditaires appréciables.

Les observations qui suivent, au nombre de 26, comprennent :

16 cas traités uniquement par la quinine;

5 cas traités par l'acide oxyacetylaminophénilarsonique (Stovarsol);

5 cas où les deux médications furent successivement employées.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° I

T. K. P., Anamite, cuisinier de l'équipage, âge ?

Le 31 décembre, il s'est présenté à 4 h. de l'après-midi pour fièvre et céphalées; de lui-même, il a fait son diagnostic de fièvre tierce; il a déjà eu deux contaminations antérieures au cours de voyages sur la ligne d'Indo-Chine.

Il demande un gramme de quinine qu'il absorbe devant nous, après l'avoir écrasée et fait dissoudre dans un 1/2 verre d'eau sucrée.

Nous n'avons pas eu l'occasion de l'examiner au point de vue des troubles viscéraux, mais nous reconnaissons que son auto-diagnostic nous a beaucoup servi au début de l'épidémie pour identifier les autres cas qui se sont présentés.

Nous l'avons revu quelques jours plus tard, dans un excellent état général. Il avait suivi un traitement d'entretien régulier.

OBSERVATION N° II

Le C..., garçon, 19 ans.

Présente le 1^{er} janvier une crise typique de paludisme, fièvre à 40°2, pouls à 90. Aucun trouble n'est signalé par le malade; à l'examen nous ne constatons rien de particulier, hérédité traitée dans son enfance, tibia en lame de sabre; léger enfoncement du massif facial, strabisme divergent, dentition très mauvaise (Hutchinson douteux).

Traitement à la quinine en comprimés pris devant nous (2 grammes par 24 heures).

Le 3 janvier, aucune amélioration; nous supprimons les comprimés et donnons une potion contenant 1 gramme de quinine par cuiller à bouche.

Suite normale. Rien à signaler de particulier.

Les urines ont augmenté en quantité, d'une façon assez notable pour que le malade s'en soit aperçu lui-même.

Ni sucre, ni albumine, mais dépôt au fond du verre.

OBSERVATION N° III

S..., aide de cuisine, 17 ans.

Se présente le 31 décembre au matin, alors qu'il était soigné depuis plus de 15 jours pour une plaie suppurante du pied droit au niveau du gros orteil, pour une hyperthermie à 40°6.

Etat général très mauvais, subdélire, dyspnée. Nous pensons nous trouver en présence d'une septicémie.

On pratique immédiatement une saignée de 500 grammes.

Le 3 janvier, l'état général n'a pas varié; nous pensons à la possibilité d'une fièvre typhoïde, et faisons isoler le malade. Le soir du même jour, vers 4 h., la fièvre tombe brusquement et S... sort de l'état de demi-inconscience dans lequel il est resté depuis le 31 décembre.

A Grand Bassam (Côte d'Ivoire) examen du sang.

Hématozoaires = +.

Quinine per os : 2 gr. 50 par jour en solution.

Troubles gastriques légers caractérisés par des crampes durant environ une demi-heure après l'absorption.

La température ne remonte plus.

Traitement d'entretien pendant 8 jours à 0 gr. 50 par jour de chlorydrate auquel nous ajoutons 20 gr. de bicarbonate de soude par jour, ce qui semble faire disparaître les douleurs gastriques accusées par le malade.

Aucune rechute jusqu'au 28 janvier.

OBSERVATION N° IV

C..., matelot de pont, 36 ans.

Le 31 décembre l'après-midi, frissons accompagnés de vomissements, pas de fièvre.

La température ne monte que 6 heures après le premier symptôme; jusqu'au 4 janvier, la fièvre reste en

plateau. La veille, nous avons pratiqué un examen complet qui avait révélé une mégalosplénie non douloureuse, rien du côté du foie, le ventre est absolument souple et indolore.

Le 5 janvier, la fièvre étant tombée, nous donnons 2 gr. de quinine, cette dose sera continuée pendant toute une semaine. A la suite de ce traitement grâce auquel la fièvre n'est plus remontée, le malade refuse de suivre un traitement d'entretien.

Le 28 janvier, au Havre, bon état général, pas de rechute pendant la fin du voyage, on constate cependant une certaine tendance aux troubles gastriques persistant; le malade dort mal, dit-il, quand il se couche immédiatement après les repas. Auparavant il était en excellente santé et n'avait rien remarqué.

OBSERVATION N° V

B..., garçon âgé de 19 ans.

1^{er} janvier : présente une augmentation de fièvre; depuis 3 jours était soigné pour un coup de soleil accompagné de subdélire.

Au moment où nous le voyons, ne répond pas aux questions qu'on lui pose, il a des frissons répétés, respiration en Cheynes Stokes.

Foie non perceptible.

Rate douloureuse, mais non perceptible.

Plexus solaire très douloureux ? : le malade s'agite dès qu'on palpe la région épigastrique.

Quinine sous cutanée 0,50.

3 janvier : aucune amélioration, très mauvais état général, la figure est congestionnée, nous pratiquons une saignée de 350 grammes à l'aiguille, le sang est épais, et coagule très rapidement et nous sommes obligés de terminer la saignée au bistouri.

1 gr. 50 de quinine intra-veineuse; immédiatement frissons prolongés (la respiration s'arrête quelques secondes); quand elle reprend le malade est agité de frissons très violents, il est immédiatement trempé de sueur.

25 centigrammes de caféïne sous-cutanée et 10 centimètres cubes d'huile camphrée.

Quelques heures après (3 ou 4), la fièvre est tombée, le malade sort de sa torpeur et ne se souvient plus de rien.

Mis au régime lacto-végétarien pendant 15 jours, est débarqué sur sa demande; à ce moment il ne présente plus de fièvre.

OBSERVATION N° VI

M..., soutier, 18 ans.

Le 4 janvier, présente une fièvre datant de plusieurs jours, mais ne peut indiquer la date où elle a débuté. Il est en effet soigné depuis 11 jours pour furonculose diffuse couvrant tout le thorax et une partie des membres inférieurs. A ce moment on lui a fait du vaccin anti-staphylo Pasteur.

Actuellement, fièvre à 41°1, foie volumineux éthyliste personnel et héréditaire; rate perceptible, douloureuse.

Urine : pas de sucre, pas d'albumine, urobiline et pigments biliaires nombreux.

Ictère léger, perceptible surtout aux conjonctives.

Quinine sous-cutanée et per os.

Amélioration rapide, le foie reste gros.

Pas de rechute.

Incapacité de travail pendant 48 heures seulement.

OBSERVATION N° VII

G..., matelot de pont, âgé de 33 ans.

Ancien paludéen soigné en ce moment pour une blennorrhagie contractée à Douala (Cameroun), se présente pour fièvre, connaissant parfaitement l'affection dont il est atteint, mais refusant systématiquement de prendre de la quinine.

Température de 39°9.

Gros foie.

Grosse rate,

Pas de troubles gastriques.

Nous lui administrons, avant tout traitement, un purgatif léger (40 gr. de sulfate de soude) et par un artifice nous lui faisons prendre 2 grammes par jour de quinine en solution dans un sirop de sucre de canne. Dès le lendemain la fièvre est tombée et l'écoulement urétral a augmenté dans des proportions notables (dû peut-être à un écart de régime). Pas de troubles gastriques; nous lui faisons savoir que la médication qu'il a suivie est à base de quinine. Malgré l'augmentation de l'écoulement

gonococcique, il demande de lui-même à continuer le même traitement, complètement rassuré sur les accidents gastro-intestinaux qu'il redoutait.

Convalescence sans incident.

Dans les derniers jours de la traversée, il a présenté une crise de coliques néphrétiques du côté droit, à la suite de laquelle il a rejeté un gravier de la dimension d'un grain de plomb.

OBSERVATION N° VIII

V..., matelot de pont, 28 ans.

Le 31 décembre vers 3 h. de l'après-midi, est pris d'un frisson accompagné d'une élévation thermique immédiate. Une heure après, sueurs abondantes, tremblements généralisés, ne veut pas cesser son travail, et prend une douche froide, espérant calmer la céphalée commençante. A 8 h. du soir, on nous fait appeler ; il est à ce moment dans un état délirant tranquille.

Déficiencie intellectuelle congénitale.

Rien de particulier à l'examen.

Urine dans son lit depuis plusieurs années, mais d'une façon irrégulière. Nous lui faisons mettre un sac de glace sur la tête.

1^{er} janvier, 10 h. du soir : de nouveau on nous appelle pour une crise hyperthermique semblable à celle de la veille, mais accompagnée d'un accident aigu d'éthylisme ; nous lui injectons immédiatement 50 centigrammes de quinine sous-cutanée ; à ce moment la vésicule

biliaire seule est devenue perceptible, mais il est impossible de savoir si elle est douloureuse étant donné l'état du malade.

Par la suite, paludisme à forme normale.

Nous le traitons par la quinine per os à la dose de 1 gr. par jour pendant 8 jours et 50 centigrammes la semaine suivante (nous avons été poussés à faire ce traitement prolongé, n'étant pas certains qu'il prenait avec régularité les médicaments prescrits).

OBSERVATION N° IX

G..., charpentier, âgé de 42 ans.

Se présente à la consultation le 31 décembre 1926 accusant depuis la veille une hyperthermie accompagnée de sudations abondantes ayant débuté à 3 h. de l'après-midi par un grand frisson, suivi de plusieurs petits si violents, dit-il, qu'il faisait trembler son lit ; à ce moment, aucune douleur localisée.

Une heure après, les signes du début allant s'atténuant, le malade pensait à un accident passager dû probablement au soleil, lorsque, brusquement il fut pris, à 10 minutes d'intervalle de deux vomissements : l'un alimentaire, l'autre blanc jaunâtre.

Sensation de fièvre persistante sans variation jusqu'à ce matin.

Actuellement, il présente une hyperthermie à 40°3, le pouls bat à 125, pas de frisson, aucune douleur. La peau est sèche au toucher, les conjonctives ne marquent aucun subictère.

Du côté de l'appareil digestif, légère constipation ; il se plaint de la mauvaise odeur des matières, ayant débuté ce matin. Il ne signale pas de décoloration. La langue est sale.

Mégalosplénie très facilement perceptible à la main, la rate déborde de deux travers de doigt et semble se diriger vers la ligne médiane pas douloureuse au toucher ni à la palpation ; à la percussion, très mate.

Rien du côté du foie. Vésicule légèrement sensible. Sur la ligne médiane, douleur spontanée du plexus solaire, mais non exagérée au toucher ni à la pression. Sur la face antérieure des jambes, depuis la rotule jusqu'aux malléoles interne et externe : de petites taches ecchymotiques, nombreuses et disséminées.

Urine normale, ni sucre ni albumine ; urobiline ; pigments biliaires abondants.

Traitement : quinine per os à la dose de 2 grammes par jour, 1 gramme, matin et soir, sous forme de cachets.

Peu d'antécédents personnels.

A 17 ans : coqueluche.

Il y a 3 ans, sur la ligne d'Indochine, avait contracté une dysenterie (amibienne probablement), soignée et guérie par des injections intra-veineuses d'émétine.

Quarante-huit heures plus tard, le 2 janvier, G..., présente un état général bon, mais une asthénie très marquée. La fièvre est tombée à 37°2. Le traitement à la quinine est continué ; le soir même il se présente de nouveau à la consultation se plaignant de douleurs dans les jambes et dans les reins, impossibles à localiser.

On constate la transformation en larges ecchymoses des taches ecchymotiques constatées le 31 décembre.

Repos au lit.

3 janvier : même état général. Reprise du régime alimentaire normal.

4 janvier : se présente à la consultation pour vomissements dans la nuit ; malheureusement il ne les a pas conservés.

Eau chloroformée 50 grammes.

Convalescence sans incident.

OBSERVATION N° X

H..., deuxième maître, 54 ans.

Le 31 décembre, s'est présenté pour céphalées frontales, et asthénie très marquée ; pas de fièvre, mais pouls à 100, petit, filant, peu perceptible à la radiale gauche.

A l'examen superficiel : langue sale, anisocorie, D + G, reflexes faibles.

Grosse mégalosplénie, douloureuse à la percussion.

Douleurs vésiculaires, surtout dans l'inspiration forcée.

Gargouillements dans le gros intestin, diarrhée profuse, sans signe particulier.

A la palpation, douleurs lombaires, bi-latérales très marquées, le mettant dans l'impossibilité de se pencher en avant, et augmentant dans les mouvements latéraux du tronc ; urine trouble, ni sucre, ni albumine.

Pas d'urobiline.

Les conjonctives ne présentent aucun subictère, mais un léger chémosys.

Nous croyons tout d'abord à une dysenterie « a calore » (traitement habituel).

Le soir, on nous envoie chercher pour une crise d'hyperthermie violente. (Température impossible à prendre), 43° dans le poste, accompagnée de vomissements noirs, spasmodiques très douloureux. Nous faisons isoler immédiatement le malade, craignant une contamination amaryle, glace sur le ventre, absorption de morceaux de glace, potion à l'émétine, morphine 1 centigramme.

Lendemain matin, les vomissements ont disparu, le gargouillement intestinal est intense et spontané ; la température se maintient toujours élevée. De larges taches ecchymotiques sont apparues sur les jambes et les fesses.

Les urines rares, très chargées en couleur, passent très difficilement à travers un filtre, ce qui rend impossible la recherche de l'albumine et du sucre.

A ce moment, la peau sèche semble plissée et écailleuse, surtout sur la paroi abdominale ; un très léger ictère commence à apparaître.

La langue est sèche, légèrement jaunâtre sur les bords et se décapille un peu.

Les conjonctives bulbaires sont jaune ocre.

La parole est embarrassée, la respiration difficile, prolongée, peu fréquente ; (11 à 12 par minute). Nous injectons du sérum sous-cutané (sérum physiologique gélatiné). Goutte à goutte rectal (1.000 grammes. Sérum glucosé à 200).

Nous faisons absorber 40 gouttes de liqueur de Fowler dans la journée, prises dans des grogs au rhum, cognac et caféine.

A l'auscultation, cœur légèrement défaillant, quelques extra-systoles.

Poumons : aux deux sommets, quelques râles sous-crépitaux, fins ; gargouillements à la base droite.

L'état général se maintient le même, pendant plusieurs jours.

Le 3 janvier, il nous semble trouver une légère amélioration ; la fièvre a diminué, le malade se sent mieux ; il présente même une euphorie peu compatible avec son état, et demander à manger. Nous le laissons au lait condensé sucré, pris sans addition d'eau pour réduire le volume du bol alimentaire. Les vomissements ne réapparaissent pas, la polydipsie diminue légèrement, le malade peut dormir ; sur les conseils d'un médecin consulté, nous lui faisons suivre un traitement par la quinine ; l'examen hémathologique ayant prouvé la présence d'hématozoaires (virus amaryle très douteux), nous donnons un gramme de quinine en potion dans un sirop de sucre de canne pendant huit jours.

L'état général s'améliore, la fièvre tombe définitivement.

Par la suite, le malade fit une pneumonie gauche dont il guérit parfaitement.

Pendant toute la durée du voyage de retour, aucune nouvelle atteinte paludéenne.

OBSERVATION N° XI

G..., soutier, 26 ans.

Présente une fièvre voisine de 40°, pas de frissons, sudation abondante la nuit précédente (1^{er} janvier). Le principale signe qui l'amène à la visite est une anurie complète depuis 24 heures. A l'examen, pas de globe vésical, l'intestin contient de nombreux fœcalomes.

Devant ces signes, notre thérapeutique est immédiatement dirigée sur le traitement de l'anurie qui nous semble le symptôme le plus sérieux ; nous lui injectons 1.000 grammes de sérum glucosé, intra-veineux et lui administrons en même temps un lavement purgatif du codex ; une heure après, second lavement additionné de X gouttes de teinture de scille.

Fait à noter : le malade ne présente pas de polydyspie dans les 24 premières heures, et refuse même d'absorber une tisane de chiendent nitré ; le lendemain, urines peu abondantes, troubles, peu colorées ;

Ni sucre ;

Ni urobiline.

Très forte débacle de matières. La température reste élevée ; nous n'osons cependant administrer immédiatement ni quinine ni stovarsol. Nous nous contentons d'injecter sous la peau 50 centigrammes de sulfo-chlorhydrate de quinine. Le même même soir, saignée de 300 grammes ; une heure après, les urines apparaissent en abondance (environ 250 gr.).

Le 5 janvier, état général très amélioré malgré une hyperthermie vespérale voisine de 39° ; dès le lendemain,

nous instituons un traitement d'entretien de 50 centigrammes de quinine par jour auxquels nous ajoutons par mesure de prudence X gouttes de teinture de scille matin et soir.

Quelques jours après, état général satisfaisant, mais amaigrissement considérable. Le malade ne peut reprendre son travail qu'après un repos assez long. A son débarquement au Havre, il est pris d'une crise de coliques hépatiques typiques ; à ce moment, le foie est normal ; la rate qui n'a jamais présenté d'augmentation de volume devient perceptible mais non douloureuse, le malade est envoyé à l'hôpital maritime.

OBSERVATION N° XII

Le G... Jean, matelot de pont, 41 ans.

Le 31 décembre au soir, a présenté une très vive douleur lombaire, en coup de barre ; immédiatement, la fièvre apparaît avec frissons prolongés ; nous le voyons quelques minutes après le début de la crise. L'état est impressionnant, le malade ne comprend pas ce qu'on lui dit ; il est difficile de le conserver sur sa couchette, bien qu'il ne présente pas de délire. Un fait qui nous a frappés immédiatement est le larmoiement intense dont il était atteint.

Aucun phénomène viscéral ; à ce moment, nous nous contentons de lui faire mettre de la glace sur la tête et de lui injecter 1 centigramme de morphine. Le lendemain, la fièvre est tombée, le malade, dans un état de sub-délire,

donne l'impression d'avoir une grande asthénie intellectuelle ; il répond en effet aux premières questions qu'on lui pose, mais au bout d'une minute ou deux, les réponses deviennent complètement incohérentes ; la rate qui, hier, ne présentait rien de particulier, est très perceptible ce matin et réveille au toucher une douleur qui semble vive.

Urine très claire : pas d'albumine.

pas de sucre.

pas d'urobiline.

La recherche des pigments biliaires n'est pas possible. Nous profitons de son hypothermie pour lui administrer immédiatement 2 grammes de quinine en potion, ainsi qu'un purgatif (rhubarbe).

Par la suite, L... n'a plus présenté de fièvre, ayant suivi un traitement d'entretien très régulièrement pendant quinze jours.

Le larmolement que nous avons signalé le premier jour, s'est tari rapidement pour faire place à une conjonctivite dont nous ignorons l'origine et qui céda rapidement au sulfate de zinc en collyre.

Le 20 janvier, le malade reprend son travail, il présente encore à ce moment un léger amaigrissement, mais pas d'asthénie. A aucun moment il ne s'est plaint de troubles gastriques.

OBSERVATION N° XIII

G... *François*, chauffeur, 30 ans.

Le 1^{er} janvier, dans la soirée, est pris brusquement de fièvre (40°2) avec frissons et vomissements sans trouble viscéral.

Eau chloroformée.

2 janvier : même état, les vomissements ne se sont pas reproduits.

Le 3 janvier, la fièvre tombe brusquement vers midi pour réapparaître à 17 heures.

Foie volumineux, paraissant plus descendu qu'augmenté de volume, le malade tousse, il n'expectore pas ; malgré la fièvre, nous lui injectons 1 gr. de quinine sous-cutanée, l'état général étant très mauvais.

Le 4 au matin, se plaint de douleurs violentes du côté de la rate que nous ne trouvons pas augmentée de volume, mais perceptible à la main. Le malade se cachectise rapidement. Les urines diminuent.

On pratique une saignée.

Sérum glucosé, sous-cutané (500 grammes).

Amélioration rapide, le malade est mis en traitement d'entretien à la quinine per os.

Convalescence sans incident, la rate ne rétrocede presque pas.

OBSERVATION N° XIV

Le F... Marcel, 31 ans, chauffeur.

Le 2 janvier au matin, accuse une fièvre datant, paraît-il de plus de deux jours, asthénie profonde ; à l'examen superficiel, teinte subictérique à prédominance abdominale. Grandes traces purpuriques aux membres inférieurs, refuse de prendre de la quinine.

Ne veut pas se laisser examiner.

Extrait de quinquina rouge, plus 1 gr. de stovarsol par jour.

Le 3 janvier, nous pouvons enfin examiner le malade d'une façon complète.

Douleurs gastriques violentes.

Foie débordant de trois travers de doigt.

Vésicule légèrement perceptible.

Bord inférieur de la rate donnant une impression de feuille de carton, pas de douleur à la pression.

Le 9 janvier, on nous signale que le malade présente des troubles psychiques, lorsque nous le voyons il n'a pas de fièvre (37°4) mais se trouve dans un état d'agitation très marqué ; il donnerait l'impression de subdélire s'il ne répondait d'une façon raisonnable aux questions qui lui sont posées ; ce qui a surtout frappé son entourage c'est un esprit de révolte caractérisé par des menaces à ses supérieurs. Dans l'impossibilité de l'isoler on injecte 1 centigramme de morphine ; le soir, amélioration considérable. Les jours suivants, conservé en surveillance, ne présente aucun nouveau trouble ; son état général semble bon. Bien qu'apparemment guéri et calme, nous l'envoyons consulter un spécialiste à l'arrivée au Hâvre.

OBSERVATION N° XV

Z. O., chauffeur de nationalité arabe, âge probable 45 à 47 ans ?

Au 1^{er} janvier, à la suite d'un frisson, à 3 h. du matin, au moment où il quittait son travail, vient nous trouver :

A l'examen, fièvre : ?

Pouls 90.

Douleur lombaire très marquée. Pendant que nous l'examinons, il est pris devant nous d'un frisson intense prolongé, durant 25 ou 30 secondes ; il est immédiatement obligé de s'asseoir et se plaint de tournements de tête. Des sueurs apparaissent aux tempes, aux aisselles, si abondantes qu'elles transpercent sa chemise. Le soir, à la contre-visite de 16 heures, la fièvre a presque disparu, le pouls est à 72. Estimant nous trouver en présence d'un paludisme probable chez un ancien paludéen, nous lui faisons prendre de la quinine sous forme de comprimés (chlorydrate 0,50 par jour).

Le 2 janvier au matin, il revient à la même heure parce qu'il ressent une crise semblable à celle de la veille.

Mêmes signes généraux, un peu plus d'asthénie.

Nous augmentons la dose de la quinine de 1 gr. 50 par jour ; le lendemain, mêmes symptômes légèrement atténués.

Z... se plaint d'intolérance gastrique et marche courbé en deux (nous ne nous trouvons pas en présence d'un simulateur). Employé depuis 17 ans sur le bateau, il a toujours donné satisfaction à ses chefs.

Repos jusqu'au soir.

On lui donne alors un cachet de quinine *en poudre* (1 gr.).

Le lendemain, ne l'ayant pas vu, nous apprenons qu'il a repris son service. Traitement d'entretien : 0 gr. 75 de quinine en poudre par jour, pendant 8 jours.

A aucun moment il n'a présenté d'augmentation de la

rate, il reconnaît en effet que lors d'une première atteinte, il avait présenté de la mégalosplénie qui jamais ne s'était résorbée complètement ; du côté du foie : pas de douleur vésiculaire, foie débordant légèrement de deux travers de doigt le rebord costal. Les urines sont toujours restées normales, il n'a pas été possible de constater d'ictère chez notre malade, sa pigmentation naturelle s'y opposant. A aucun moment les matières n'ont été décolorées.

OBSERVATION N° XVI

A..., soutier, 23 ans.

Se présente le 31 décembre pour fièvre le soir ; c'est un ancien paludéen, il juge son état semblable à celui de deux crises antérieures, mais il se plaint de douleurs abdominales pour la première fois.

A l'examen, gros foie (éthylisme professionnel reconnu). Mégalosplénie douloureuse, à la pression surtout.

Rétention d'urine depuis 24 heures.

Constipation habituelle, depuis quatre jours n'a pas été à la selle.

Aucun trouble psychique mais céphalée violente et vertiges. A l'examen des urines prélevées par sondage, on trouve de nombreux pigments biliaires.

Ni sucre ;

Ni albumine.

Sondage une fois par jour en présence des douleurs accusées.

Traitement médicamenteux : quinine 2 gr. par 24 heures, en solution.

Le 2 janvier, les urines sont toujours troubles mais le malade urine seul ; régime lacto-végétarien.

Suite normales : seul le foie ne se réduit pas. Aucune douleur du plexus solaire.

OBSERVATION N° XVII

R..., mécanicien, 42 ans.

Le 31 janvier, à 10 heures du soir, est pris brusquement de céphalées en casque, vertiges, troubles de la vision ; hyperthermie voisine de 40° — il n'a pas été possible de la prendre — celle de la cabine étant de 43° ; le pouls est à 150.

Le 1^{er} janvier, les symptômes ne se sont pas améliorés.

En raison de la possibilité d'une contamination paludéenne (le malade n'a pas pris de quinine depuis le début du voyage et refusant d'en prendre), nous instituons un traitement par le stovarsol sous forme de comprimés à la dose de 1 gramme par jour en quatre prises :

Aucun trouble viscéral, lourdeur d'estomac seule signalée. Foie normal.

Rate non perceptible.

Urine rouge contenant quelques traces d'albumine. Antécédents : éthylisme professionnel avoué.

Le traitement est continué pendant 8 jours.

Plus d'hyperthermie, tout est rentré dans l'ordre. Seules les céphalées persistent, surtout orthostatiques.

Le 10 janvier, à Grand Bassam, nous appelons un médecin en consultation ; après l'examen qui écarte toute

possibilité de fièvre jaune et en présence des symptômes alarmants de la céphalée qui a augmenté dans les 48 dernières heures, on décide de faire une ponction lombaire, qui est pratiquée immédiatement ; elle ramène un liquide clair. L'examen de laboratoire met en évidence une très légère glycosurie :

Amélioration immédiate.

Le lendemain, les céphalées ont complètement disparu, le malade refuse de suivre un traitement d'entretien.

Par la suite, le 14 janvier nouvel accès hyperthermique caractéristique à 41°2 ; le lendemain matin, la fièvre est tombée ; dans la soirée elle remonte, voisine de 40° ; nous nous trouvons en présence d'un paludisme certain.

Le malade refusant de prendre de la quinine qu'il accuse de lui avoir donné des troubles gastriques lors d'un traitement antérieur, datant d'environ deux ans (il ne peut préciser), on le remet au stovarsol, à la dose de 1 gramme pendant 48 heures, puis 50 centigrammes les trois jours suivants.

Par la suite, après être descendu à la dose de 0,25 pendant 5 jours, il cesse tout traitement.

Le 28 janvier, jour où nous avons débarqué au Havre, malgré les conditions défavorables de la traversée, il n'a présenté aucun symptôme nouveau de paludisme.

En résumé, nous nous sommes trouvé vraisemblablement en présence d'une forme atypique de paludisme, à prédominance céphalagique, sans aucun signe splénique ni hépatique.

OBSERVATION N° XVIII

J..., garçon de cabine, 23 ans.

Le 10 janvier, se présente un peu tardivement pour une fièvre tierce typique ayant débuté dans les derniers jours de décembre (il ne peut préciser) ; après trois jours de fièvre en plateau, chute brusque, et depuis tous les deux jours, le soir vers le coucher du soleil, crise hyperthermique. N'était pas venu consulter dans la crainte de se voir administrer de la quinine, mais ne voyant aucune amélioration dans son état, il s'est décidé à venir nous trouver.

Au moment où nous le voyons, il présente un foie douloureux, une mégalosplénie s'étendant en travers de l'abdomen, ayant la dimension et la forme d'une courge, depuis plusieurs jours il ne peut boutonner son pantalon ; au toucher, on réveille une douleur intolérable. Le foie ne présente pas d'altération. Douleur provoquée très vive au niveau du plexus solaire.

Les téguments présentent une teinte jaune doré, les muqueuses de la bouche et des lèvres sont nettement colorées, les conjonctives à peine teintées en jaune ; la peau est sèche et semble écailleuse au toucher. Les matières sont décolorées depuis 48 heures. Urine peu abondante acajou.

Aucune asthénie, la figure paraît même congestionnée.

Le traitement a été réduit à un régime diététique :

10 centigrammes de calomel tous les matins ;

Eau de Vichy ;

Lait coupé d'eau.

Traitement médicamenteux : 1 gr. stovarsol par 24 heures.

Amélioration immédiate. Convalescence sans incident.

OBSERVATION N° XIX

L..., élève mécanicien, 18 ans.

Se présente le 4 janvier pour de la fièvre avec frissons et sueurs.

Cette fièvre datant de quelques jours, fut d'abord constante, tomba brusquement il y a 24 heures et reparut dans la soirée.

Examinant cet homme, nous sommes frappé tout d'abord de l'état de frissonnement continu et de légère trépidation que perçoit la main posée sur le thorax et les membres inférieurs.

Température 39°2.

Pouls 94.

Aucune douleur mais quelques vomissements que le malade attribue au mal de mer.

La rate est notablement augmentée de volume. A la percussion celle-ci est dure et élastique mais indolore à la pression.

Le foie semble normal, mais la vésicule, très perceptible, a le volume d'une mandarine.

Sa pression est douloureuse et provoque une rétraction comme si le réservoir biliaire se vidait tout d'un coup.

Pas de gargouillement intestinal. Globe vésical apparent.

Par ailleurs, le malade se plaint de douleurs irradiées aux membres inférieurs avec prédominance dans la région des fléchisseurs.

L'urine est fortement colorée et trouble.

Les conjonctives bulbaires et palpébrales présentent un ictère léger mais certain. La peau ne semble pas colorée, à peine une légère teinte, douteuse du reste, de la paroi abdominale.

La raison par laquelle L... n'est pas venu consulter tout d'abord est purement psychique ; c'était la crainte du traitement par la quinine.

Pour lui donner satisfaction, il lui est prescrit immédiatement 1 gr. de stovarsol qui est bien supporté le premier jour, mais n'abaisse pas complètement la température. La dose de 1 gr. 50 provoque dès le deuxième jour des troubles digestifs : diarrhée à traces sanglantes, que nous avons vérifiée nous-même. La dose est alors ramenée à 1 gr. « pro dié » qui est continué jusqu'à disparition de tout symptôme morbide. La fièvre ne reparait plus depuis.

Le quatrième jour la rate a diminué de volume, la vésicule est toujours grosse, nous cessons de traiter le paludisme pour nous contenter d'un régime diététique ; lait, pâtes, un peu de poisson. Le malade est en effet un mental, ayant une hérédité chargée, qui se révolte contre toute absorption de médicament.

Parmi ses antécédents personnels, nous trouvons une rougeole, une typhoïde, une scarlatine sans pouvoir préciser les âges auxquels elles ont été contractées.

Quelques jours plus tard, le malade revient nous trou-

bler pour un eczéma diffus de toute la cage thoracique antérieure, à forme flanelleaire, provoquant de telles démangeaisons qu'il lui est impossible de dormir.

Le nombre restreint des médicaments à notre disposition ne nous permettant pas d'appliquer un traitement approprié, nous lui faisons suivre un régime inspiré de celui du Docteur Guelpa.

Ce régime n'ayant pas donné de résultat favorable, le malade est mis au repos. La fièvre ayant reparu, le stovarsol est repris à la dose de 0 gr. 50 c. par jour et dès le lendemain nous apprenons du malade que l'eczéma a presque entièrement disparu de même que l'hyperthermie, quelques heures après l'absorption de la première dose de stovarsol.

Pendant la fin du voyage, aucun fait nouveau à signaler. Le malade paraît en excellente santé. Nous l'envoyons néanmoins consulter un dermatologiste à son arrivée au Havre.

OBSERVATION N° XX

C..., soutier, 27 ans.

Le 31 décembre 1926, est amené à la consultation sur un brancard dans un état délirant. L'interrogatoire étant impossible, nous apprenons par les hommes qui l'ont amené, que circulant sur le pont, sans casque, il était tombé brusquement. Il était agité de mouvements cloniques. Pensant nous trouver en présence d'un « coup de bambou », nous pratiquons une saignée abondante de 350 gr. environ, avec repos et glace sur la tête. Une heure

après, le malade est absolument calme, mais n'a pas repris connaissance. Relâchement des sphincters; la température est de 38°.

A ce moment, nous n'avons examiné ni foie ni rate. Le lendemain nous apprenons par ses camarades de chambrée qu'il a passé une nuit calme, mais n'a pas prononcé une parole. Quand nous le voyons, il est dans un état d'hébétéude moins accentué que la veille, mais ne peut encore répondre aux questions qu'on lui pose. Le même traitement est continué, en y ajoutant un dérivatif intestinal.

Le 2 janvier, la fièvre est tombée, l'état général paraît bon, nous apprenons enfin qu'un instant avant l'accident, qui l'a jeté inanimé sur le pont, le malade sentait des vertiges et des douleurs occipitales qu'il compare à un martellement léger mais rapide.

Croyant toujours nous trouver en présence d'un « coup de soleil », nous cessons tout traitement. Quarante-huit heures après, crise thermique analogue à celles que nous avons constatées chez les autres paludéens.

Les symptômes dominants sont : la céphalée et les troubles de la marche dus aux vertiges qui ont réapparu; nous appliquons le traitement arsenical (50 centigrammes seulement). Dans la nuit, le malade lui-même, se sentant mieux, reprend son travail. Depuis lors, aucun accident nouveau; il a continué pendant 48 heures le stovarsol à la dose de 50 centigrammes.

Il s'agit, croyons-nous, dans cette observation, d'un cas de paludisme survenu à l'occasion d'une insolation.

Les symptômes cérébraux furent les troubles les plus

apparents ainsi que dans l'observation n° 17 où la céphalée et l'hyperthermie furent les seuls signes de paludisme (vérifié par examen de laboratoire).

OBSERVATION N° XXI

R..., graisseur-ajusteur, 21 ans.

Soigné depuis plus de 5 jours pour une orchite droite avec fièvre, présente le 31, dans la soirée, une recrudescence thermique (fièvre non prise), pouls très rapide, 150, 160.

A l'examen : foie douloureux non augmenté de volume, rien à la vésicule.

Rate non perceptible mais la pression réveille de la sensibilité.

Douleurs violentes et spontanées au niveau du plexus solaire.

(L'orchite ne nous ayant pas semblé être l'origine de la fièvre, nous instituons un traitement au stovarsol (1 gr. par 24 heures pendant 3 jours).

Le 4, diarrhée profuse, traces sanglantes dans les matières, nous supprimons le stovarsol qui semble être la cause de ces accidents, et le remplaçons par injections sous-cutanées de sulfo-bromhydrate de quinine (1 gr. par jour).

Le lendemain, douleurs névralgiques dans les membres inférieurs, sans prédominance du côté de l'injection ; on remplace le sulfo-bromhydrate sous-cutané par 1 gr. de bromhydrate per os, pour 8 jours.

Regression rapide de tous les symptômes, convalescence dans de bonnes conditions, sans rechute.

OBSERVATION N° XXII

K..., 1^{er} maître d'hôtel, 31 ans.

Ancien paludéen, est venu nous trouver assez tard après le début de sa réinfection. Le traitement qu'il avait suivi de lui-même n'ayant pas donné de résultats suffisants. Au moment où nous le voyons, il présente en effet un amaigrissement considérable, une asthénie très marquée; beaucoup de difficulté à s'exprimer, le teint est jaunâtre, les yeux enfoncés; la peau semble sèche, il raconte d'une façon très précise l'histoire de deux infections paludéennes antérieures contractées en Indo-chine, mais, dit-il, elles avaient cédé rapidement. Or, depuis plus d'une semaine qu'il se traite lui-même, il n'a constaté aucun changement dans son état.

A l'examen, rate non perceptible.

Foie volumineux, depuis longtemps, dit-il.

Vésicule très facilement perceptible, non douloureuse, du volume d'une grosse noix.

En présence de son état grave, malgré le traitement consciencieusement suivi, nous pensons à une forme pernicieuse de paludisme chronique et à la médication quinine, associions l'arsenic :

Liqueur de Fowler 40 gouttes par jour.

A l'arrivée à Konakry, nous le faisons examiner par un médecin qui conseille l'injection intra-veineuse de

sulfarsénobenzol ou de novarsénobenzol, ce dernier médicament étant le seul à notre disposition, nous pratiquons l'injection de 30 centigrammes suivant la technique habituelle.

Une seule injection fut pratiquée, dès le lendemain, le malade accuse une amélioration sensible, mais signale une crise de dyspnée nocturne qui l'a tenu éveillé une partie à la nuit. Origine inconnue.

Tout traitement à base de quinine est supprimé pour administrer 25 centigrammes de stovarsol par jour jusqu'au retour au Havre. A ce moment, le malade a repris du poids et des forces et se sent considérablement mieux, malgré une légère dysenterie que nous croyons pouvoir attribuer au médicament employé, fait déjà signalé dans son emploi prolongé.

OBSERVATION N° XXIII

L..., graisseur, 31 ans.

Le 1^{er} janvier, vient consulter pour céphalée violente et vertiges ; fièvre ayant débuté la veille sans frissons.

Sueurs profuses la nuit.

A l'examen, grosse rate non douloureuse.

Cœur défaillant, nombreuses extrasystoles. Le poulx n'est pas perceptible à la radiale droite.

Pâleur extrême des téguments, sécheresse de la bouche, intolérance gastrique depuis ce matin.

Sérum glucosé en goutte à goutte rectal.

Glace sur la tête.

Le soir, 1 gr. de quinine sous-cutanée.

Les jours suivants, quinine sous-cutanée 0,50, la fièvre descend en lysis.

Des douleurs intestinales apparaissent dans la nuit; nous sommes obligé de suspendre le traitement par la quinine (psychisme chez le malade).

Nous le remplaçons par du stovarsol (1 gramme) pendant 5 jours.

Convalescences longue, une rechute aux premiers froids.

A ce moment le malade supporte très bien la quinine; au débarquement du Hâvre, excellent état général. Seul un très léger subictère persiste.

OBSERVATION N° XXIV

N. V. N..., garçon de carré et infirmier suppléant.

Anamite élevé en France. Age ?

A présenté le 31 décembre des céphalées frontales et occipitales, prétend être atteint de paludisme.

Nous le mettons au repos et à la diète; amélioration immédiate.

Il n'avait été constaté aucun signe permettant de confirmer le diagnostic posé par le malade lui-même.

Quelques jours plus tard (4 ou 5) présente pour la première fois une crise hyperthermique. Devant ce symptôme nous lui administrons de la quinine (1 gr. 50) en poudre dès que la fièvre est tombée, elle ne remonte plus. Le traitement d'entretien a duré 8 jours à 0 gr. 25.

Peu avant l'arrivée à Bordeaux N. v. N..., a présenté une ulcération indurée à la base de la verge; il nie tout rapport récent. Ne possédant à bord aucun médicament anti-spécifique, on se contente de saupoudrer à l'aristol. Dès l'arrivée à Bordeaux, nous l'envoyons consulter à la clinique maritime. Le diagnostic d'ulcération bénigne est posé sans spécifier l'origine, le traitement donné est une pommade à base d'iodoforme.

Nous croyons nécessaire d'adjoindre de l'arsenic sous forme de stovarsol comme traitement d'épreuve. Quarante-huit heures après, la plaie se cicatrise avec une très grande rapidité.

OBSERVATION N° XXV

P..., garçon de cabine, 18 ans.

Le 1^{er} janvier, en servant à table, a attiré notre attention sur ce fait qu'il ne pouvait tenir un plat immobile à bout de bras, et qu'à tout instant il s'essuyait le front qu'il avait couvert de sueur. Avant la fin du repas, obligé d'abandonner son service : son supérieur immédiat croit se trouver en présence d'un état d'ivresse et l'envoie se coucher; une heure après on nous fait chercher; le malade, dans son lit, baigne dans la sueur, dyspnée intense; pouls à 120; température ? Aucun trouble viscéral à ce moment.

Polydipsie

Diminution des urines,

Douleurs lombaires avec irradiation dans les membres inférieurs, surtout aux mollets.

Le 2 janvier, la température reste stationnaire, nous lui injectons néanmoins 50 centigrammes de quinine intra-musculaire; dans la soirée, la fièvre est descendue.

Pendant 48 heures, il suit le traitement quinine per os, presque immédiatement apparaissent des douleurs gastriques allant en augmentant; dans les urines traces de sang, vérifiées à l'examen; nous reprenons les injections intra-musculaires pendant trois jours, à la dose de 0 gr. 25. Nous ajoutons 40 gouttes de liqueur de Fowler par 24 heures.

Le foie n'est pas volumineux, la rate non perceptible ; le malade étant trop gros. Pas de douleur au niveau du plexus solaire.

Suite normale.

OBSERVATION N° XXVI

T..., boulanger, 52 ans.

Ancien paludéen, se présente le 1^{er} janvier pour une nouvelle atteinte.

Pas de fièvre quand nous le voyons.

Foie considérablement distendu (éthylisme professionnel avoué). Rate perceptible, dure, indolente. Mis au traitement par la quinine, son état ne présenterait rien de particulier si au bout de quelques jours, le 11 janvier, n'était apparu un eczéma de l'oreille moyenne droite, suintant, très douloureux, accompagné d'une grosse adénopathie sous-angulo-maxillaire.

Dans son historique, nous trouvons un fait semblable contracté lors de la première atteinte de paludisme.

Le traitement de cette affection annexe s'est vu réduit à la pose de mèches glycérinées et de pansements humides.

De plus, le malade croyant devoir attribuer cette complication à la quinine, nous lui substituons du stovarsol à 0 gr. 50 par jour.

Amélioration très rapide de l'otite.

Le 5^e jour du traitement au stovarsol, tout est rentré dans l'ordre.

Aucune rechute jusqu'au 28 janvier, jour où nous cessons de suivre le malade.

CONCLUSIONS

Après avoir exposé les conditions spéciales dans lesquelles s'est développée cette épidémie de paludisme et les particularités qu'elle a présentées au cours de son évolution, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

I. — La durée de l'incubation depuis le moment de l'infection jusqu'à l'apparition du premier symptôme a varié de 14 à 15 jours, rarement plus et jamais moins.

II. — Quelques troubles psychiques ou dynamiques précèdent souvent l'apparition de la fièvre.

III. — Les sels de quinine à dose suffisante agissent dans la plupart des cas et restent le traitement de choix, leurs effets thérapeutiques sont d'autant plus prompts et efficaces que leur absorption est favorisée par leur division et mieux encore par leur dissolution préalable.

IV. — A titre préventif, même à dose minime (0 gr. 25 par jour), la quinine s'est montrée absolument efficace, aucun des hommes l'ayant absorbée régulièrement ne paya son tribut à l'épidémie.

V. — Les arsenicaux « per os » sont de précieux adju-

vants de la quinine dans les traitements prolongés du paludisme.

VI. — Employés seuls, ils furent un excellent succédané convenant surtout dans le cas d'intolérance et les contre-indications de la quinine.

Vu : Le Président de Thèse,

A. LEMIERRE.

Vu : Le Doyen,

ROGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Université de Paris,

CHARLETY.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
CHAPITRE PREMIER. — Contamination	13
CHAPITRE II. — Eclosion de la maladie.. .. .	17
CHAPITRE III. — Traitement	19
Traitement par la quinine.. .. .	21
Suite immédiate de la maladie.. .. .	22
OBSERVATIONS.. .. .	25
CONCLUSIONS	59

JOUVE & C^{ie}, Imprimeurs-Editeurs, 15, Rue Racine, PARIS. — I.M.L.
